IX kadencja

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Administracji i Spraw Wewnętrznych

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW FUNKCJONOWANIA ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO (NR 3)**

z dnia 28 października 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych

– podkomisji stałej do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego (nr 3)

28 października 2021 r.

Podkomisja stała do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego, obradująca pod przewodnictwem posła **Konrada Frysztaka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– dyskusja na temat bezpieczeństwa lekowego Polski w sytuacji kryzysowej oraz analiza przygotowania kraju do potencjalnych kolejnych zagrożeń epidemicznych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Michał Kuczmierowski** prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, **Krzysztof Kopeć** prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, **Grzegorz Gierlak** dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego, **Anna Kowalczuk** dyrektor Narodowego Instytutu Leków, **Artur Bartoszewicz** i **Katarzyna Obłąkowska** przedstawiciele Instytutu Jagiellońskiego wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu **Anna Pilarska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu podkomisji do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego. Porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia to dyskusja na temat bezpieczeństwa lekowego Polski w sytuacji kryzysowej oraz analiza przygotowania kraju do potencjalnych kolejnych zagrożeń epidemicznych.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Szanowni państwo, witam zaproszonych gości. Witam pana doktora Artura Bartoszewicza członka rady Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, również członka Instytutu Jagiellońskiego. Witam pana Grzegorza Cessaka prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Nie ma? Zobaczymy jeszcze listę.

Szanowni państwo, słowem wprowadzenia, kończy się drugi rok, gdy żyjemy w okresie epidemii, w czasach trudnych nie tylko ze względu na nasze funkcjonowanie, uciążliwości, z którymi musimy się mierzyć, ale również na zagrożenia związane z funkcjonowaniem w czasach epidemii. Biorąc pod uwagę informacje, które posiadamy od naszych wyborców, jako parlamentarzyści, ale również informacje, które do nas docierają z branży, środowiska, postanowiliśmy spotkać się z państwem. Oczywiście, przyczynkiem do tego jest również raport przygotowany przez Instytut Jagielloński współtworzony przez profesora doktora habilitowanego Grzegorza Gierlaka, z panią doktor Katarzyną Obłąkowską i panem Arturem Bartoszewiczem. Chciałbym, abyśmy o tym podyskutowali. Są obecni przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Instytutu Jagiellońskiego. Witam pana Krzysztofa Kopcia prezesa Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Kierowaliśmy zaproszenia na nasze spotkanie do prezesa Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych i Narodowego Instytutu Leków. Być może jeszcze do nas dotrą.

Szanowni państwo, to wszystko słowem wprowadzenia. Może zaczniemy od przedstawicieli Instytutu Jagiellońskiego, którzy zechcą wprowadzić nas w przygotowany

dokument. Zapoznałem się z tym dokumentem, został on również przesłany członkom podkomisji. W kontekście naszych zagadnień są również dokładne punkty dotyczące bezpieczeństwa lekowego, produkcji substancji czynnych, ich dostępności w czasie epidemii. Myślę, że to pozwoli nam przejść do dalszej dyskusji.

Przedstawiciel Instytutu Jagiellońskiego Artur Bartoszewicz:

Dziękuję. Artur Bartoszewicz. Jest mi ogromnie miło, że zaprosiliście nas na posiedzenie podkomisji. Ze mną jest obecna pani doktor Obłąkowska. Czekamy na pana generała, mam nadzieję, że dojedzie, obiecywał, że się pojawi. Szanowni państwo, dwa słowa wprowadzenia. Aby dobrze odczytywać materiał, przygotowaliśmy próbę zobrazowania wszystkiego, co działo się od marca zeszłego roku, w podstawowym celu. Po pierwsze, zbudowania pamięci instytucjonalnej, czyli chcieliśmy spróbować podsumować to, co działo się w tym okresie. Chcemy bardzo podkreślić, że to nie jest próba oceny jednego rządu, tylko wskazanie, że skala zaniechań, która doprowadziła do stanu, w którym umarło ponad 74 tys. osób w wyniku COVID-19, jest splotem zaniechań, które działy się przez kolejne lata, czyli okres transformacji. Sytuacja wymagała interwencji nie tylko w służbie zdrowia, ale w całym systemie zarządzania kryzysowego i rezerw, a przede wszystkim kwestii związanej z gospodarką lekową.

Pozwolę sobie wprowadzić kilka zagadnień związanych z gospodarką lekową, którą mają państwo bardzo szeroko opisaną w raporcie. Proszę zwrócić uwagę na punkt 3.3, tj. Problemy – nieprzystosowanie polskiego systemu zabezpieczenia dostępu pacjentów do niezbędnych leków do długotrwałych sytuacji kryzysowych. Raport oczywiście bazuje na doświadczeniach pandemicznych, ale jednak jest próbą wskazania, co należałoby zrobić pod kątem wszelkich zagrożeń, ryzyk i katastrof, bo taka jest intencja. My się uczymy, ale nie możemy zakładać, że to jest jedyne niebezpieczeństwo, które może nam grozić, biorąc pod uwagę, co dzieje się na granicy polsko-białoruskiej, ale w ogóle kwestia wojen hybrydowych. To wszystko staraliśmy się umieścić w naszym raporcie.

Proszę, aby państwo również zwrócili uwagę na punkt 4.8 i 4.9. Punkt 4.8 to cała gospodarka lekowa i wytyczne (za chwilę o tym powiem) oraz system rezerw strategicznych. Potem chciałbym oddać głos pani doktor. Będzie jeszcze omówiona kwestia związana ze spójnością społeczną.

Szanowni państwo, w naszym raporcie staraliśmy się podkreślić bezpieczeństwo lekowe jako element bezpieczeństwa narodowego. Długotrwałe braki leków ratujących życie zasadniczo mogą spowodować większe straty wśród ludności niż niejeden konflikt zbrojny. Dlatego, naszym zdaniem, ranga zaniedbanego bezpieczeństwa lekowego powinna zostać podniesiona do rangi bezpieczeństwa narodowego. Sytuacja pandemiczna, w jakiej znalazła się Polska, przetestowała polski system ochrony zdrowia. Doświadczenia ostatnich lat dowiodły, że system bezpieczeństwa lekowego funkcjonujący w Polsce nie zdał egzaminu podczas kryzysu. Szczególnie widoczne było zerwanie łańcuchów dostaw, które uwidoczniły, jak mocno jesteśmy uzależnieni od dostaw leków z obszaru Azji, z większości krajów, które są wyspecjalizowane w produkcjach. W tym zakresie mamy ogromne niedobory. Szczególne znaczenie w przeciwdziałaniu skutków epidemii miało zapewnienie dostępu do leków, bez których niemożliwe byłoby leczenie powikłań COVID-19, ani też organizacja szczepień. Zwracamy szczególną uwagę na antybiotyki niezbędne do leczenia zapalenia płuc, sterydy, leki niezbędne do wspomagania oddychania, respiratory, leki przeciwwstrząsowe, sól do rozpuszczania szczepionek. Tutaj nie chodzi wyłącznie o to, że nie byliśmy w stanie produkować szczepionek, tylko system zakłócił cały proces dostarczania powszechnych leków, niewynikających z zagrożeń covidowych. Na skutek przerwania łańcuchów dostaw, zamknięcia fabryk oraz granic, zabezpieczenie leków spoczęło na barkach polskich producentów, co trzeba mocno podkreślić. Największe polskie firmy podjęły decyzję o priorytetyzacji produkcji leków ratujących życie, zakupach zasobów półproduktów, innej produkcji tych leków. Dzięki odpowiedzialności firm, de facto udało się minimalizować negatywne oddziaływanie i to, że nie zabrakło antybiotyków do leczenia pocovidowych zapaleń płuc, ani środków antystatycznych niezbędnych do wspomagania oddychania. To wszystko jest istotne, bo powinniśmy brać pod uwagę konieczność włączenia do działań antykryzyso-

wych, prac zespołów antykryzysowych, które, mam nadzieję, na stałe zagoszczą w Rzeczypospolitej, nie tylko na okres takich zdarzeń, ale będą stałym elementem.

W raporcie sugerujemy, by w kancelarii premiera został umieszczony stały zespół zarówno do spraw medycznych, jak i zarządzania kryzysowego. Uważamy, że w pracach tych zespołów powinny brać udział firmy farmaceutyczne, które mają ogromną wiedzę w zakresie procesów dostaw, produkcyjnych, ale przede wszystkim sytuacji na rynku, która wpływa na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. W związku z tym, że branża farmaceutyczna jest istotna nie tylko dla zapewnienia bezpieczeństwa lekowego, ale również ma istotny wpływ na wzrost gospodarczy, rządy większości krajów wprowadzają mechanizmy wspierające rozwój tej branży. To jest sprawa, na którą powinniśmy zwrócić uwagę. W wytycznych wskazujemy, jakie bezpośrednie działania wobec wzrostu wsparcia dla tego sektora powinny być wzięte pod uwagę. W Polsce, mimo deklaracji premiera Mateusza Morawickiego, nie doczekaliśmy się rządowej strategii na rzecz zwiększenia suwerenności lekowej Polski. Resorty gospodarcze oraz zdrowia działały osobno, często stawiając sobie przeciwne cele. Dotyczy to również najbardziej aktualnych projektów legislacyjnych. Należy podkreślić, że polskie bezpieczeństwo lekowe potrzebuje spójności, efektywnej strategii. Na obecnym etapie brakuje patrona, pełnomocnika rządu do tego obszaru bezpieczeństwa narodowego. Wzorcowym przykładem było powołanie ponadresortowej koordynacji w sprawie procesu szczepień, więc ten element należy potraktować jako wskazanie czegoś, co jest pożądane, taki mechanizm koordynacyjny. Bez pełnomocnika rządu minister zdrowia, mając za zadanie kupić jak najwięcej zdrowia za jak najmniejsze fundusze, zawsze będzie dążył do obniżenia cen i będzie w kontrze do resortów skupionych na rozwoju gospodarczym. W naszym przekonaniu, budowanie bezpieczeństwa lekowego w polskich realiach jest tematem ponadresortowym i to powinno być szczególnie podkreślone.

Czego brakuje? Przede wszystkim wyłonienia partnera bezpieczeństwa lekowego. To jest coś, co chcielibyśmy zaproponować. Według tej koncepcji firma, która produkuje w Polsce minimum 25% leków refundowanych, powinna być traktowana jako partner bezpieczeństwa lekowego, inaczej niż firmy, które u nas tylko sprzedają leki i wycofują się w momencie zagrożenia, zaspokajając potrzeby własnych gospodarek. Partner bezpieczeństwa lekowego powinien mieć prawo do ustalenia cen zgodnych z ustawą refundacyjną, nie być zmuszany do obniżenia poniżej progu opisanego w ustawie i być zwolniony z tzw. *payback*. To jest propozycja bezkosztowa, bardzo prosta do wprowadzenia, która producentom zapewni minimum stabilności niezbędnej do inwestowania. Niestety, już w lipcu minister zdrowia rozpoczął piąte z rzędu negocjacje tych samych leków. Komisja Europejska zmusza krajowych producentów do kolejnych obniżek, strasząc usunięciem leków z listy refundacyjnej. Wzrost kosztów produkcji – mówimy o płacach, surowcach, prąd, woda, wszyscy odczuwamy to w zjawisku inflacyjnym – ani pomoc podczas pandemii nie są brane pod uwagę w tym procesie.

Podsumowując, jak powiedziałem, w punkcie 4.8 raportu wskazujemy na rozwiązania, które powinny być zrealizowane dla gospodarki lekowej. Po pierwsze, pełnomocnik do spraw bezpieczeństwa lekowego; po drugie, narzędzie wspierające aktywność badawczo-rozwojową produkcji firm farmaceutycznych w Polsce. Musimy zacząć inwestować w tą branżę. To jest branża generująca ogromne wartości technologiczne, odpryski technologiczne, które w innych branżach przyniosą nam korzyści rozwojowe. Proponujemy, aby został wypracowany model mechanizmu wsparcia w postaci dopłat do produkcji API oraz udzielenia finansowania publicznego na rozbudowę infrastruktury produkcyjnej. Proponujemy, aby zastanowić się nad pełną polityką cenową resortu zdrowia wobec firm farmaceutycznych produkujących część leków w Polsce. Proponujemy wieloletni plan rozwoju potencjału produkcyjnego. Proponujemy wytworzenie mapy drogowej rozwoju sieci zespołów badawczych, które muszą powstać nie tylko w samych ośrodkach produkcyjnych, ale wokół. Proponujemy wsparcie krajowego sektora farmaceutycznego w postaci narodowego programu rozwojowego, regulacje prawne umożliwiające branży farmaceutycznej otwarty dostęp do rzeczywistych danych medycznych. Proponujemy powstanie mapy drogowej rozwoju sieci laboratoriów oraz czyste rozwiązania związane ze zmianą rygorów środowiskowych. Powinny powstać nowe kryteria do finansowania

projektów, które są finansowane ze środków Unii Europejskiej. Jest preferencja, którą możemy spowodować w mechanizmach kryterialnych, tak samo jak projekty realizowane przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju czy przez inne instytucje w ramach innych środków, zarówno krajowych, jak i wspólnotowych. Proponujemy zmianę zasad i narzędzi przyznawania dotacji, pożyczek długoterminowych w ramach nowych wieloletnich wytycznych finansowych. Proponujemy przegląd programów sektorowych, ich modyfikację w kierunku uwzględnienia potrzeb specyfiki branży farmaceutycznej. W tle tego wszystkiego jest system rezerw strategicznych. Musimy zastanowić się nad całym systemem przeglądu potencjału deficytu rezerw strategicznych i zagwarantowania, że część surowców, które są niezbędne do produkcji leków, będą na stałe magazynowane w konkretnych wartościach i we współpracy z rządem zapewniane w wartości, które przynajmniej na określony zdefiniowany okres pozwalają produkować niezależnie, bez względu na zerwanie łańcuchów dostaw. Proponujemy system kontraktora wieloletniego. To jest mechanizm oparty na doświadczeniach z Unii Europejskiej, gdzie wybiera się kilka podmiotów, które na stałe są zdefiniowane i zweryfikowane pod względem bezpieczeństwa. W momencie największego zagrożenia następują krótkie zlecenia, transakcje, które omijają cały przebieg związany z długotrwałym procesem zamówień publicznych. Proponujemy wieloletni plan uzupełnienia rezerw strategicznych. Proponujemy monitoring potrzeb i ewaluacji systemu produkcji, dystrybucji, zaopatrzenia leków na wypadek katastrof i zdarzeń nadzwyczajnych. Ostatnie, ale bardzo ważne – proponujemy, aby prezes Rady Ministrów przedstawiał poprzez Sejm roczne sprawozdania ze stanu rezerw strategicznych i gotowości państwa na zdarzenia nadzwyczajne i katastrofy, w tym epidemie, przede wszystkim bazując na wiedzy, która odnosi się do zabezpieczenia lekowego obywateli.

Pozwolą państwo, że teraz oddam głos pani doktor Obłąkowskiej. Myślę, że skończymy aspekt związany z instytutem i przekażemy głos panu generałowi.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, panie doktorze. Słowem uzupełnienia, dotarli pozostali zaproszeni goście, dlatego pozwolą państwo, że teraz przywitam podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Macieja Miłkowskiego. Witam pana Łukasza Szmulskiego dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, pana Mirosława Saliszewskiego naczelnika wydziału w Departamencie Bezpieczeństwa w Ministerstwie Zdrowia, prezesa Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych pana Michała Kuczmierowskiego. Witam pana generała profesora doktora habilitowanego nauk medycznych Grzegorza Gierlaka – dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego i jeszcze raz doktora Artura Bartoszewicza oraz panią doktor Katarzynę Obłąkowską. Witam także prezesa Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego pana Krzysztofa Kopcia.

Dziękuję, panie doktorze, za zabranie głosu jako pierwszego. Oddaję głos pani doktor Obłąkowskiej.

Przedstawicielka Instytutu Jagiellońskiego Katarzyna Obłąkowska:

Szanowni państwo, jak powiedział pan doktor Bartoszewicz, materiał, który przygotowaliśmy i pozwoliliśmy sobie państwu przedstawić, podsumowuje prawie półtora roku pandemii, w której jesteśmy cały czas i wobec której mamy wyzwania. Zidentyfikowaliśmy 14 problemów, z którymi państwo mogą się zapoznać, mam nadzieję, że tak się stało.

Wiem, że dzisiaj kluczowe jest bezpieczeństwo lekowe. Doktor Bartoszewicz już mówił o problemach, jakie zostały zidentyfikowane w tym obszarze. Chcę tylko zwrócić uwagę, że kwestia jest bardzo istotna nie tylko dla Polski, ale także Unii Europejskiej, ponieważ w zeszłym roku przyjęła ona strategię farmaceutyczną dla Europy, wskazując, że dostęp obywateli państw Unii Europejskiej do leków jest priorytetem. W ramach Krajowego Planu Odbudowy zostało wskazane, że polski sektor farmaceutyczny i dostępność leków w Polsce jest uzależnione od dostaw zagranicznych. Polska jest uzależniona od dostaw z Chin i Indii. Także priorytet dla polityki lekowej, dla wzmocnienia polskiego przemysłu farmaceutycznego został wskazany w dokumencie strategicznym, jakim jest „Polityka lekowa państwa na lata 2018–2022”. Zatem pandemia wzmocniła problemy, o których wiedzieliśmy już wcześniej i postawiła je w nowym bardzo mocnym świetle. Pan doktor

Bartoszewicz już omówił tę kwestię, więc skończę w tym momencie. Pan generał będzie jeszcze o tym mówił.

Chcę zwrócić uwagę na trochę inne kwestie. Jestem socjologiem i w tym raporcie moim obowiązkiem było zwrócenie uwagi na kwestie społeczne. Jeśli myślimy o kryzysie i jako państwo mamy być przygotowani do tego, abyśmy przetrwali, musimy zwracać uwagę na kwestie społeczne. Chcę powiedzieć bardzo krótko, żeby nie zabierać czasu. Mówię o kwestii zaufani społecznego oraz zaufania do instytucji państwowych, kwestii poczucia bycia szanowanym przez władze i angażowania do wspólnych działań w perspektywie przetrwania danego kryzysu oraz braku obaw.

W trakcie pierwszego roku pandemii w społeczeństwie polskim pojawiło się wiele obaw dotyczących systemu służby zdrowia, przepełnionych szpitali oraz niewydolność tego systemu. Kwestie zaufania społecznego do instytucji publicznych grają bardzo istotną rolę w takich sprawach, jak zaufanie do zasadności podejmowanych przez rząd decyzji, a społeczeństwo musi ufać, że rząd podejmuje decyzje roztropne, oparte na wiedzy, ponieważ musi podporządkować się tym decyzjom. Bardzo istotna w kryzysie jest gotowość obywateli do podporządkowania się decyzjom rządowym oraz dyscyplina społeczna w przestrzeganiu specjalnych ograniczeń oraz nakazów wprowadzanych przez rząd. Jeżeli to zaufanie jest ograniczone, pojawiają się działania, które w socjologii nazywamy dewiacyjnymi, ale można o nich powiedzieć, że to są działania łamiące przepisy. Mamy do czynienia z różnymi rodzajami nieprzestrzegania zakazów – najprostsze, które obserwujemy codziennie, są w zakresie zasłaniania ust i nosa, unikanie zgromadzeń publicznych. Pamiętamy też kwestie uruchamiania działalności gospodarczych, zakazania dyskotek, a także kwestie związane ze szczepieniami, gdzie było odnotowywanych wiele nieetycznych zachowań. Kryzys pandemiczny wymaga zaufania do rządzących, ekspertów oraz oficjalnie przekazywanych danych. Brak zaufania społecznego do instytucji publicznych staje się krytycznym ryzykiem systemu ochrony zdrowia w obliczu zagrożeń pandemicznych, co może skutkować istotnymi kosztami społeczno-zdrowotnymi i finansowymi, między innymi nadmiarową liczbą hospitalizowanych osób oraz zgonów.

Chcę również zwrócić państwa uwagę na kwestię zdrowotną, ale dotyczącą zdrowia psychicznego obywateli Polski. Musimy pamiętać, że jako społeczeństwo jesteśmy w stanie przetrwać kryzys wyłącznie wtedy, kiedy będziemy wierzyli w naszą wspólną przyszłość, jeżeli będziemy wierzyli, że wspólnie przejdziemy przez kryzys, jeżeli nie będziemy czuli depresji, odczuwali myśli samobójczych. Należy zwrócić uwagę, że wzrosła liczba samobójstw wśród niepełnoletnich Polaków, co jest bardzo trudnym problemem i należy się nad tym pochylić, a także wzrosła liczba zabójstw w Polsce. Trzeba zwracać uwagę na przemoc. Zatem w perspektywie ochrony i wspólnego przechodzenia przez kryzys, a także dalszej naszej współpracy jako społeczeństwa, rządu, samorządu, ponieważ możemy wspólnie przejść przez kryzys, muszę zwrócić uwagę na kwestie związane z edukacją, profilaktyką sanitarną i komunikacją rządu ze społeczeństwem. Ono musi budować zaufanie i poczucie szacunku. Inne kwestie, o których piszemy w raporcie – przeciwdziałanie dezinformacji, wielowymiarowa ochrona dzieci i młodzieży, kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży, a także ochrona osób z niepełnosprawnościami.

Moim dzisiejszym wystąpieniem chcę zwrócić państwa uwagę, jak istotne jest bezpieczeństwo lekowe, które jest kluczowe podczas naszej dzisiejszej debaty, system zdrowia, o którym będzie mówił pan generał, ale odporność społeczna narodu wymaga wieloletnich i zdecydowanych działań, które musimy zacząć już teraz, abyśmy wspólnie przeszli przez pandemię, a także, żebyśmy byli przygotowani na tego typu sytuacje. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, pani doktor. Teraz głos zabierze pan generał. Bardzo proszę.

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego Grzegorz Gierlak:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, mój udział w raporcie polegał na odniesieniu się do kwestii dotyczących funkcjonowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. W całym raporcie skupiamy się nie tylko na przysłowiowej fotografii rzeczywistości, ale przede wszystkim na przedstawieniu własnej perspektywy – jak należy usprawnić pewne elementy funkcjonowania poszczególnych części, w tym wypadku systemu

ochrony zdrowia. W odniesieniu do ochrony zdrowia i epidemii zwracam uwagę na jedną zasadniczą kwestię. Obecnie mamy czwartą falę, ale za sobą w pełni trzy fale epidemii, a precyzyjniej mówiąc, trzy okresy wzrostu zachorowań. Można również powiedzieć, że w tych trzech okresach mieliśmy do czynienia z trzema różnymi koncepcjami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Oczywiście, to nie jest nic złego, dlatego że tego typu skala zdarzenia, jaka dotknęła cały świat, nie funkcjonuje w pamięci obecnie żyjących pokoleń, zatem trudno oczekiwać, żeby jakiekolwiek państwo było doskonale przygotowane na tę sytuację. Niemniej warto zwrócić uwagę i mieć świadomość, że za każdym razem ćwiczyliśmy różny sposób organizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Mam na myśli przesunięcia ciężaru i zaangażowania poszczególnych kluczowych składowych systemu ochrony zdrowia. Wspomnę o części otwartej ambulatoryjnej, szpitalach, zróżnicowaniu szpitali i ich zaangażowanie na szpitale drugiego i trzeciego stopnia, funkcjonowanie szpitali jednoimiennych, od których obecnie odeszliśmy. To wszystko są bardzo cenne doświadczenia i warto, co postulujemy w raporcie, aby wyciągnąć z tego wnioski i zbudować trwałe zalecenia dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w sytuacji kryzysowej.

Chciałbym zwrócić uwagę na to, co ma kluczowe znaczenie w walce z epidemią. Aby walczyć z epidemią należy zacząć ją kontrolować, co oznacza konieczność identyfikacji osób zakażonych z kontaktów oraz stosowania skutecznych zasad kwarantanny i izolacji. Jeśli chcemy identyfikować takie osoby, musimy dysponować możliwościami wykonywania badań diagnostycznych. Element, na który również zwracamy szczególną uwagę w raporcie, to jest kwestia zdolności naszego systemu ochrony zdrowia, zdolności laboratoriów diagnostycznych do prowadzenia, w tym wypadku, zaawansowanych molekularnie metod identyfikacji patogenów. Bez dysponowania ogólnokrajową siecią tego typu jednostek nie jesteśmy w stanie wykonywać odpowiedniej, to znaczy adekwatnej do potrzeb, a nie do liczby występujących w populacji objawowych osób. Przypominam, że tylko 20% spośród zakażonych to są osoby objawowe. Zatem 80% populacji jest niezidentyfikowana i roznosi chorobę. Zatem, jeśli skupiamy się wyłącznie na identyfikacji osób objawowych, w takich sytuacjach pozbawiamy się możliwości kontrolowania epidemii. To ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia tego, w jaki sposób chcemy walczyć z epidemią. Opisaliśmy to w raporcie.

Korzystając z doświadczeń wojskowej służby zdrowia, na tej bazie dokonałem analizy. Przypominam, dysponujemy 12 szpitalami rozmieszczonymi na mapie kraju w miarę równomiernie. Każdy z nich posiada laboratorium. Okazuje się, że jesteśmy w stanie, nadając każdemu laboratorium odpowiedni priorytet poziomu zdolności prowadzenia diagnostyki, stworzyć ogólnokrajowy system, co nie oznacza, że w każdym mieście czy gminie musi znajdować się laboratorium najwyższego czwartego poziomu. W zupełności wystarczy, abyśmy dokonali inwentaryzacji dzisiejszych zasobów, doposażyli miejsca, które wyraźnie odstają od potrzeb, a następnie zbudowali system przepływu informacji pomiędzy tymi miejscami w sposób, który gwarantuje maksymalnie efektywne wykorzystanie zasobów, jakimi dysponujemy.

To, na co zwracam uwagę w tym raporcie, to jest również kwestia umiejętnego komunikowania się ze społeczeństwem w części dotyczącej budowania zaleceń i postępowania w czasie epidemii. Uważam, że w tej materii najlepszym dowodem jest odsetek wyszczepienia. Przypominam, że w Polsce jest 53% zaszczepionego społeczeństwa w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej. W Hiszpanii, Portugalii, Włoszech odsetki sięgają 80-–0%, zatem trudno mówić, że w tej materii odnieśliśmy wielki sukces. Na rzeczywistość nie można się nigdy obrażać i trzeba zadać sobie pytanie, co poszło nie tak. Co zawiodło, które elementy komunikowania się ze społeczeństwem okazały się nieskuteczne, że te osoby, które jeszcze dziś się nie zaszczepiły, czyli podjęły ryzyko dla swojego zdrowia i życia, tego nie zrobiły. W raporcie zwracamy na to uwagę.

Podsumowując te wnioski, chcę zwrócić uwagę na jedną sprawę. Przede wszystkim powinniśmy przyjąć standard obowiązujący i sprawdzony w państwach zachodnich. Przeglądając literaturę podczas przygotowywania raportu, znalazłem publikację amerykańską, w której jest napisane, że już od 40–50 lat każdy stan ma własne prawo dotyczące szczepień, odstępstwa dotyczące poszczególnych grup religijnych. Zatem ten temat

jest żywy od kilkudziesięciu lat. Z ich analizy jasno wynika: w takich sytuacjach komunikacja powinna być prowadzona przez ekspertów i praktyków medycznych, którzy na co dzień stosują preparaty zalecane społeczeństwu, a jednocześnie mają możliwość obserwacji na bieżąco skutków tego, co robią medycy. To jest model, który powinniśmy przyjąć. W naszych warunkach zabrakło instytucji, jak Instytut Kocha w Niemczech czy Stiko, czyli instytut zajmujący się szczepieniami. Zatem niezależne eksperckie instytucje skupiające ekspertów nie tylko z dziedziny medycyny, ale komunikacji społecznej, socjologów, instytucji, które bezpośrednio komunikowałoby społeczeństwu swoje zalecenia, również komunikując je rządzącym, decydentom. Na podstawie takiego komunikatu, ale bezpośrednio skierowanego przez niezależną instytucję państwową, decydenci podejmowaliby decyzje. Wydaje się, że brak transparentności i przejrzystości mógł zaważyć na tym, że polskie media społecznościowe zostały zdominowane przez osoby żywo polemizujące z Narodowym Programem Szczepień. Sposób walki z fake newsami też nie był najlepszy w naszych warunkach. Przyjęcie standardu akcja-reakcja nie prowadzi do niczego dobrego. Pojawia się atak i druga strona również odpowiada atakiem. Nie. Okazuje się, że najbardziej sprawną i skuteczną metodą w takich sytuacjach jest na bieżąco monitorowanie wszystkich tego typu informacji, które mogą zafałszowywać rzeczywistość w danej dziedzinie, a następnie przygotowywanie odpowiedzi, które powinny trafiać do społeczeństwa przez liderów opinii w poszczególnych grupach. To będą liderzy danej społeczności, dyrektorzy, środowiska studenckie, poszczególne grupy społeczne. Ten sposób komunikowania czy przysłowiowej walki, przeciwdziałanie skutkom manipulacji poprzez świadomość społeczną, a ona nadal jest bardzo szeroka, wydaje się być bardziej skuteczny niż to, co udało się nam zrealizować w minionym okresie.

To, na co chciałbym zwrócić uwagę, to jest kwestia dotycząca również zbudowania trwałych fundamentów bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Dzisiaj w dyskursie publicznym dużo czasu poświęcamy zagadnieniom bezpieczeństwa. Jako wojskowy powiem: oręż jest ważny, bezpieczeństwo wewnętrzne i zewnętrzne jest ważne, ale fundamentem, z punktu widzenia wszystkich nas tutaj siedzących oraz tych, którzy są na zewnątrz, jest nasze bezpieczeństwo zdrowotne. To jest fundament, który decyduje o naszej akceptacji, identyfikacji ze społeczeństwem, państwem.

Chcę jasno podkreślić, że propozycje, które zawarliśmy w raporcie, nie odnoszą się wyłącznie do kryzysu epidemicznego, ale każdej formy kryzysu, w którym zagrożone może być życie ludzkie. Fundamentem przeciwdziałania skutków okazują się być dwa istotne elementy. Po pierwsze, stworzenie krajowej sieci szpitali modułowych na wzór szpitala, który funkcjonuje w Wojskowym Instytucie Medycznym, czyli można powiedzieć wersja robocza zwalidowana. To nie jest prototyp, to nie jest teoria, ale sprawdzona funkcjonująca wersja. Dzisiaj na terenie kraju powinno funkcjonować co najmniej kilkanaście takich szpitali. W jakich miejscach? To już trzeba zidentyfikować w zależności od wydolności lokalnych systemów ochrony zdrowia. Im mniej są one wydolne, tym jest większe wskazanie, aby tego typu jednostki, wspierające stacjonarny system ochrony zdrowia, pojawiły się w tych miejscach. Dzisiejsza sytuacja jest w miejscach o niskim poziomie zaszczepienia, wymienię: województwa lubelskie, podlaskie. Jeśli państwo spojrzą na liczbę osób zakażonych, przekładając na liczbę ludności, porównując z województwem mazowieckim, to w lubelskim jest czterokrotnie czy pięciokrotnie więcej osób zakażonych niż w mazowieckim. To było do przewidzenia. Jeżeli ktoś miał wątpliwości, trzeba sięgnąć do informacji, które podawałem 4–5 miesięcy temu, jasno wskazując – wariant delta zmienia rzeczywistość epidemii. Zatem nawet jeśli będziemy mieli kilkudziesięcioprocentowy odsetek osób wyszczepionych, pamiętajmy, że gwałtowne zwiększenie zjadliwości i zakaźności tego wariantu spowoduje, że każda możliwość transmisji zakażenia na osoby podatne będzie wykorzystana przez ten patogen. To dzieje się dzisiaj, niestety. Zatem w tych rejonach powinniśmy mieć jednostki wspierające stacjonarny system ochrony zdrowia, dlatego że brak tych jednostek doprowadzi do ponownej niewydolności systemu zdrowia w tym rejonie, zamykając go ponownie dla pozostałej części społeczeństwa, czyli osób niezakażonych. Zwracam na to szczególną uwagę, dlatego że wchodząc w epidemię w roku 2020, wychodząc z pierwszej fali epidemii mówiliśmy, że trzy miesiące spowodowały zaciągnięcie długu zdrowotnego. Posłużę się przykładem

oszczędności domowych – na początku każdy ma oszczędności, może sobie pozwolić na niepracowanie. Zaciągnęliśmy dług zdrowotny. Przez miniony rok nie było okazji, aby spłacić ten dług. Co najwyżej, w okresach, gdy epidemia ustępowała, rozwiązywaliśmy bieżące problemy. Dzisiaj mamy dług zdrowotny na takim poziomie, że nie stać nas na to, abyśmy pozwolili sobie na kolejne miesiące, w których będziemy ograniczać dostęp do publicznego systemu ochrony zdrowia. Dwie grupy pacjentów z najczęstszymi chorobami cywilizacyjnymi, czyli układu krążenia i chorobami onkologicznymi, przychodzą z poważnymi powikłaniami, nawet zaniedbaniami spowodowanymi ograniczonym dostępem do systemu ochrony zdrowia.

Drugi element, który ma na celu zwiększenie zdolności reagowania państwa na nagłe sytuacje niosące ze sobą ryzyko zagrożeń zdrowotnych, określiliśmy to w raporcie, to wprowadzenie zespołów szybkiego reagowania medycznego. To można zrobić regionalnie na bazie istniejących szpitali modułowych, zatem takich zespołów, które można szybko zorganizować, w zależności od potrzeb i podjąć niezbędne działania, aby przeciwdziałać skutkom różnego rodzaju sytuacji nadzwyczajnych. Ktoś może powiedzieć: „przecież mamy państwowy system ratownictwa medycznego". Nie o to chodzi. Państwowy system na bieżąco rozwiązuje problemy i on naprawdę ma co robić. Natomiast rozmawiamy o sytuacjach ekstra, które dotyczą działań nawet poza granicami państwa, gdzie znajdują się Polacy czy w formie misji humanitarnych (wspomnę o realizowane przez instytut, którym kieruję, misje zagraniczne), czy nagłych sytuacji, jak wyjazdy do polskich kierowców w Dover, gdzie była potrzeba ich pilnego testowania. Nie możemy ciągle działać w sytuacji przysłowiowego strażaka gaszącego pożar z łapanki. Proszę mi wierzyć, to zostało szczegółowo opisane w raporcie – skąd rekrutować ludzi, w jaki sposób ich organizować, w jaki sposób ich motywować, szkolić i usprawniać w tym względzie nasz system.

To wszystko, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, panie generale. Dziękuję państwu za ten wstęp, za raport. Ci z państwa, którzy nie otrzymali raportu, poproszę biuro Komisji o podesłanie i dołączenie do protokołu.

Szanowni państwo, proszę o zabranie głosu pana prezesa Krzysztofa Kopcia z Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, a później, pozwolą państwo, poprosimy o wypowiedź przedstawicieli ministerstwa i pana prezesa Agencji Rezerw Strategicznych.

Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Krzysztof Kopeć:

Dziękuję. W imieniu krajowych producentów leków, zrzeszonych w Krajowym Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, chcę bardzo podziękować za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie i rozmowę na temat, który wydaje się bardzo ważny. Dziękujemy też autorom raportu, panu generałowi, państwu ekspertom – panu Bartoszewiczowi i pani Obłąkowskiej – za zajęcie się tym tematem i dostrzeżenie problem bezpieczeństwa lekowego. Od kilku lat rozmawiamy, jak zwiększyć produkcję leków w Polsce, bo według nas bezpieczeństwo lekowe to w dużej mierze zdolności produkcyjne i zapewnienie chorym dostępu do leczenia w sytuacjach kryzysowych. Po bolesnych doświadczeniach pandemii eksperci do spraw bezpieczeństwa orzekli, że bezpieczeństwo lekowe jest równie ważne jak militarne. Wiemy, że gdy zabraknie leków, tak naprawdę armia nie będzie już potrzebna, bo nie będzie miała kogo bronić – będziemy umierali albo cierpieli. Z powodu problemów z produkcją i transportem substancji czynnych z Azji oraz zamykaniem granic, groziła realna obawa, że w polskich aptekach i szpitalach zabraknie leków. Udało się nam wszystkim, zwłaszcza krajowym producentom, uniknąć tej sytuacji. Nie muszę mówić, jakie to jest śmiertelne niebezpieczeństwo dla wielu pacjentów, jeśli chodzi o brak leków dla chorych kardiologicznie, chorych na astmę czy POChP, nie wspominając o chorych onkologicznie, cukrzykach i wielu innych chorbach, gdzie dwutygodniowy brak leków wiąże się z poważnymi powikłaniami. Przerwy w terapii także mogą wiązać się z kosztami dla państwa, szczególnie z kosztami dla pacjentów.

Naszym zdaniem analiza Instytutu Jagiellońskiego precyzyjnie zdefiniowała zagrożenia wynikające z niepewności polskich pacjentów w dostępie do leków w czasie kryzysu. Mówiliśmy o tym głośno, cieszymy się, że również państwo to dostrzegli i postrzegają w podobny sposób. Autorzy raportu zauważają, że resort zdrowia, co jest faktem, skupia się na jak najszerszym zakupie w ograniczonym budżecie. To jest normalna kwestia, która jest faktem. Z drugiej strony to wiąże się z finansowaniem i preferowaniem najtańszych opcji. Takie są fakty. Z reguły to są leki zagraniczne z Azji, co wiąże się z uzależnieniem płynącym z tamtego regionu. W efekcie krajowi wytwórcy muszą zrównywać ceny z najtańszymi produktami, w tym także z Azji, obniżając ceny co trzy lata, w ramach negocjacji, o których mówił pan doktor. Od 2011 r. resort zdrowia obniżył ceny leków o 26%. Obecnie są jedne z najniższych w Unii Europejskiej. Teraz powinniśmy zastanowić się, co dalej. W tym samym czasie, i to też trzeba podkreślić, o tym też mówił pan doktor, wzrosły w Polsce koszty produkcji. Jeśli spojrzymy na koszty środowiskowe, to jest 150% – praca, czyli wynagrodzenia, surowce, energia, woda, teraz mamy przykład gazu i węgla, który odbije się na Polsce, nie mówiąc już, że Chiny mają problem z węglem i energią, co z kolei skończy się naszymi problemami. W tym czasie inflacja wzrosła o 15%.

My widzimy, że podczas negocjacji Komisja Ekonomiczna nie do końca uwzględnia to, czy ktoś produkuje w Polsce czy nie. To oczywiście jest pokłosie tego, że mieliśmy lata, gdy nie trzeba było na to patrzeć, bo wszyscy uznawali, że łańcuchy dostaw zapewniają nam zaopatrzenie w ciągu dwóch dni z każdego zakątka na świecie. Teraz wiemy, że tak już nie jest. Bardzo dobrze, że powstał raport, który usystematyzował wiedzę i pokazał pewne wskazówki, co robić i w którą iść stronę. Autorzy raportu wskazują, że pomysłem na zatrzymanie negatywnego trendu zmniejszania się udziału leków produkowanych w Polsce, na naszym rynku, jest projekt Partner Bezpieczeństwa Lekowego. To jest propozycja niezwiększająca wydatków z Narodowego Funduszu Zdrowia, co jest bardzo ważne. Polega ona na ustalaniu cen dla partnerów bezpieczeństwa lekowego na poziomie zdefiniowanym w ustawie, nawet bez konieczności obniżek cen, żeby zachować zdolność do reinwestycji. Producent w zamian musiałby cechować się tym, że co najmniej 25% swojego wolumenu leków refundowanych w Polsce musiałby wytwarzać u nas w kraju, czyli stanowiłby poduszkę bezpieczeństwa dla naszego systemu. Myślę, że zarówno ministerstwo w ostatnim czasie, jak i my, wiedzieliśmy, że taka poduszka jest nam potrzebna. Dodatkowo, drugim elementem, o którym mówimy, mógłby być drugi warunek, w którym producent produkowałby dużo leków na terenie Polski, bo to też gwarantuje zdolność produkcyjną, o czym piszą pan generał i eksperci w raporcie. Współpraca między rezerwami strategicznymi państwa, kwestia producentów komercyjnych, państwowych, którzy też są naszymi członkami, i systemu ochrony zdrowia to jest zestaw naczyń połączonych, który gwarantowałby bezpieczeństwo lekowe kraju. Dzisiaj możemy liczyć, że minister zdrowia weźmie pod uwagę aktywność gospodarczą i inwestycyjną wnioskodawcy w trakcie negocjacji. To jest zapisane w ustawie, to jest *soft law* i liczymy, że pan minister bierze to pod uwagę w negocjacjach. Wszyscy jesteśmy bogatsi po pandemii i wiemy, że uzależnienie się całkowite od dostaw leków z zagranicy może stanowić śmiertelne zagrożenie. Kiedyś wywoływało uśmiechy na sali, gdy mówiliśmy o tym, teraz to nie powinno kogokolwiek rozbawiać, bo to jest możliwe w obecnej sytuacji. Nie tylko taki kryzys może do tego doprowadzić. Aby takie podejście ministerstwa stało się utrwalonym mechanizmem w przepisach prawa, naszym zdaniem potrzebna jest interwencja legislacyjna. Tutaj jesteśmy w dialogu z ministerstwem w ramach statusu partnera bezpieczeństwa lekowego. Doceniamy, że raport wskazuje na konieczność uzupełnienia polityki cenowej, bo też jest mowa w jednym z zaleceń resortu zdrowia wobec firm farmaceutycznych produkujących część swoich leków w Polsce i wprowadzenie bezterminowych decyzji refundacyjnych, co gwarantuje stabilność finansową i możliwość długofalowych inwestycji, oczywiście w dialogu z ministerstwem, bo ministerstwo jest największym klientem, jeśli chodzi o zakup leków.

Eksperci instytutu również podkreślają ogromną rolę przemysłu farmaceutycznego w rozwoju polskiej gospodarki i ostrzegają, że rezygnacja z potencjału tego sektora w Polsce znacznie ogranicza możliwości wzrostu gospodarczego. My także o tym mówimy od wielu lat i cieszy nas, że eksperci to dostrzegli i też mówią tym samym języ-

kiem. Widzą też, że jest potężna asymetria we wsparciu rządów poszczególnych państw unii dla krajowych sektorów farmaceutycznych. Jeśli spojrzymy na Niemcy czy Francję, oni chronią swoje rynki przed ekspansją firm zagranicznych, tymczasem my trochę idziemy w stronę, że całkowicie udostępniliśmy nasz rynek, ignorując własnych producentów. Zgadzam się z opinią autorów raportu, że uwspólnianie celów zdrowotnych i strategii przemysłowej jest trudnym zadaniem. Mówimy o tym od wielu lat, jesteśmy w dialogu z panem ministrem, z poprzednikami pana ministra, ministrami do spraw rozwoju i wiemy, że to jest trudne. Naszym zdaniem, podobnie jak definiuje to raport, powinien zostać powołany pełnomocnik do spraw bezpieczeństwa lekowego albo koordynator. To mógłby być Narodowy Instytut Leków, który łączy wiedzę, o tym, jak powstają leki, jak to jest kosztowne i jak ważne są niektóre substancje dla zapewnienia bezpieczeństwa. Często jest rozmowa o jakimś innowacyjnym leku, który jest jeden. Na liście jest 5 tys. propozycji i wszystkie są potrzebne pacjentom. Możemy określić twardą listę, podobnie jak to robi WHO Essential Drugs, która zapewnia nam stabilność i przetrwanie w momencie kryzysu. Te leki powinny być produkowane na terenie Polski. Taki pełnomocnik zapewniłby koordynację, nadzór nad wspólnymi pracami ministra do spraw rozwoju i ministra do spraw zdrowia nad wypracowaniem i wdrożeniem narzędzi wspierających działalność inwestycyjną i badawczo-rozwojową na terenie Polski.

Dopłaty do produkcji substancji i leków w Polsce. O tym też jest mowa w raporcie. Pamiętajmy, że 80% substancji, które są stosowane w Europie, pochodzi już z Azji. Nie mówmy, że się uzależnimy, bo już jesteśmy uzależnieni. Teraz Europa, która jest w trakcie planów odbudowy, będących częścią całego planu, chce przywrócić zdolność. Powinniśmy być jednym z liderów. Wierzymy, że Polska może być jednym z elementów tego przywracania. Wierzymy też, że udzielanie finansowego publicznego wsparcia na rozbudowę infrastruktury jest jednym z elementów zmniejszających dysproporcje. Nigdy nie będziemy tańsi niż produkcja w Azji, ale państwo musi wziąć na siebie ciężar tego bezpieczeństwa, poprzez dotacje, które zbudują infrastrukturę, a potem poprzez komercyjnych czy państwowych dostawców czy poprzez jakieś konsorcja będziemy z niej korzystać, aby mieć produkcję w Polsce.

Szanowni państwo, mając na względzie doświadczenia z pandemii, powinniśmy wyciągnąć lekcję i nauczyć się na przyszłość. Wszystko, o czym mówił pan generał, jest prawdą. To nie powinno być naszym zarzutem, bo żaden kraj nie był przygotowany do pandemii. Teraźniejszy kryzys energetyczny w Chinach i ogromne apetyty krajów unijnych na to, aby skorzystać z obecnych środków i zwiększać u siebie produkcję leków. Chcemy zaapelować, abyśmy jak najszybciej wdrożyli mechanizmy, które zwiększają wytwarzanie produkcji leków w Polsce i stymulują do inwestowania w naszym kraju także firmy zagraniczne, bo one również mogą produkować i stać się elementem naszego systemu bezpieczeństwa. Tyle czasu rozmawiamy na ten temat, wszyscy zgadzamy się i wiemy, że to powinno się stać. Czas na pilne działania.

Postulujemy w tej chwili dwa rozwiązania – partner bezpieczeństwa lekowego, który będzie stymulował do zwiększania produkcji i wytwarzania leków w Polsce oraz do inwestycji, a także złapanie w jedną część, w jedną osobę wszystkich nitek, które wiążą się z tym bezpieczeństwem. Zarówno gospodarka, jak i bezpieczeństwo lekowe i wyzwania ministra zdrowia, które czasami trochę się różnią, ale powinny być spojone jednym mianownikiem, czyli bezpieczeństwem lekowym. Być może pełnomocnik, Narodowy Instytut Leków lub przedstawiciel premiera, spinałby dążenia resortów jednym mianownikiem bezpieczeństwa lekowego. Przedstawiliśmy ministerstwu propozycję rozwiązań legislacyjnych dotyczących partnera bezpieczeństwa lekowego, gdzie ktoś, kto wytwarza w Polsce minimum 25% swoich leków refundowanych albo 100 mln jednostek na potrzeby polskich pacjentów, mógłby liczyć na preferencyjne warunki, które nie powodują dodatkowych kosztów po stronie NFZ. Może zaplanować bezterminowe decyzje, swoją działalność, aby móc inwestować. Środki z kredytów i dotacji, o których mówi raport, też są dobrym rozwiązaniem, ale naszym zdaniem te dwa wyzwania są najpilniejsze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, panie prezesie. Proszę o zabranie głosu pana ministra.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo. Pierwsza sprawa. Faktycznie, nie wiedzieliśmy, że spotkanie będzie dotyczyło tematu raportu. Nie wszyscy go widzieli, ale zostało to przedstawione w trzech zakresach. Po pierwsze, pan doktor Bartoszewicz przedstawił sytuację w zakresie dostępności lekowej. Ja dopiero od trzech lat zajmuję się tym tematem i przez ten okres słyszę te same zdania, więc to nie jest nowość. Aby mieć partnera bezpieczeństwa lekowego, aby formalnie był dokument, że ktoś jest partnerem, pieczątka dla fabryki, że jest partnerem bezpieczeństwa lekowego, ale my, jako Ministerstwo Zdrowia, staramy się realizować to w działaniu. Oczywiście również poprzez współpracę z Komisją Ekonomiczną. Gdyby było tak, jak powiedział prezes Kopeć, że zrównujemy cenę polskich produktów z cenami produktów chińskich, azjatyckich, to znacząca część polskiej produkcji nie istniałaby, bo te ceny bardzo często są najwyższe w danych grupach limitowych. Przyjmujemy to i mimo pięciu negocjacji nadal sytuacja nie zmienia się. Bardzo mocno zwracamy uwagę, gdzie jest produkcja. Oczywiście, to jest bardzo istotny element, bo mówimy o bezpieczeństwie lekowym i produkcji na terenie kraju. Chcę także zauważyć, że nie ma żadnego państwa na świecie, które produkuje wszystkie leki i które jest samowystarczalne w gospodarce. Mieliśmy problem podczas epidemii z transportem na granicach. Nawet w przypadku leków jest tak, że w produkcji poszczególnych półproduktów polscy producenci również kupują za granicą. Pomagaliśmy w transporcie lotniczym z Indii czy z Chin. Pan prezes również bardzo mocno pomagał. Nie jesteśmy samowystarczalni i w wielu zakresach nie będziemy samowystarczalni. Były problemy w branży farmaceutycznej z zakupami alkoholu izopropylowego. Nie jesteśmy w stanie konkurować z kilkoma producentami, którzy są na świecie, również stworzyć miejsc w Polsce, żebyśmy byli najwięksi na świecie, mieli lepszą gospodarkę w tym zakresie niż Stany Zjednoczone czy Chiny, bo nie mamy takiego rynku zbytu. To jest efekt skali. To samo dotyczy produkcji substancji czynnych. Posiadamy część substancji czynnych, ale nie możemy mówić, że będziemy mieli sto procent. Rozmawiamy z globalnymi graczami mającymi 5, 10 fabryk w różnych częściach Europy czy świata, a jeśli chodzi o substancje czynne, to są 1 czy 2 fabryki i nie możemy założyć, że będziemy mieli substancję czynną produkowaną w każdym miejscu.

Jeśli chodzi o bieżące negocjacje, bo to dotyczy epidemii. Właściwie my wiedzieliśmy o tej sytuacji 1 stycznia 2022 r. Nie można spłaszczać problemu COVID-19 do negocjacji cenowych polskich producentów leków, bo epidemia to nie jest wyłącznie problem negocjacji z Komisją Ekonomiczną, nie można tego tak spłaszczać. Oczywiście powstaje pytanie. Było założenie, że ministerstwo dba o wydatki i powinniśmy zwracać uwagę, żeby kupować mniej świadczeń zdrowotnych dla pacjentów, żebyśmy jednak zbudowali bezpieczeństwo na przyszłość, ponieważ to jest dyskusja, czy wydać dzisiaj czy później. Propozycja jest taka, żeby teraz zdecydowanie podnieść ceny leków w stosunku do cen światowych, europejskich, aby wzmacniać nasz przemysł farmaceutyczny. Staramy się, jako Ministerstwo Zdrowia, równoważyć wydatki na terenie kraju, bo mamy takie zadania, i staramy się robić w tym zakresie.

Jeśli chodzi o leki, mówimy, które są ważne, ale właściwie w bardzo dużej ilości poszczególne leki są ważne dla różnych grup pacjentów. Nie będziemy mieli wszystkich leków w polskiej produkcji, ponieważ są wyłączności. Mamy wiele leków, które mają wyłączność rynkową, ochronę patentową i nie jesteśmy w stanie przenieść w całości tej produkcji, a polscy producenci też nie są w pierwszej świtowej dziesiątce i nie są w stanie mieć produkcji i wytwarzać leków samodzielnie. Wiemy, że to kosztuje bardzo dużo. Nie mamy chęci, zamiaru, żeby przejąć cały światowy rynek w zakresie produkcji leków. To może wszystko na wstępie. Pan prezes.

Prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych Michał Kuczmierowski:

Dzień dobry, państwu. Faktycznie, łatwiej byłoby odnosić się do tego dokumentu, jeżeli otrzymalibyśmy go chwilę wcześniej. Niestety, mamy okazję zapoznać się z tymi rekomendacjami w trakcie posiedzenia Komisji, więc uwagi mogą być pobieżne. Niemniej jednak, cieszy poziom uwag, przynajmniej w zakresie dotyczącym rezerw strategicz-

nych, gdyż postulaty, które zostały zaprezentowane, de facto odzwierciedlają obecną sytuację. Na początku obecnego roku ustawa została przyjęta, pod koniec ubiegłego roku była głosowana w Sejmie. Przyjęliśmy nowelizację ustawy o rezerwach strategicznych. Zapewne jest chochlik drukarski. W raporcie pojawia się Agencja Rezerw Materiałowych, która de facto nie istnieje, bo jej miejsce zajęła Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych. W raporcie pojawiają się obydwie instytucje, więc zapewne warto poprawić.

Istnieje cały system rezerw. Rządowy Program Rezerw Strategicznych jest przeglądany co cztery lata. Co cztery lata jest przygotowywany nowy dokument. Co miesiąc jest on poddawany analizom i w sytuacji wystąpienia zagrożenia system rezerw jest uzupełniany, uszczegóławiany. Rządowy Program Rezerw Strategicznych jest pewną wytyczną, która określa, jakie są przewidywania, gdzie powinniśmy być szczególnie przygotowani na jakieś ryzyka, natomiast zakłada również, że w sytuacji kryzysowej, bo życie jest dynamiczne, on będzie się zmieniał. Elastycznie podchodzimy do kwestii realizacji poszczególnych zapisów, przygotowując odpowiednie analizy i dokumenty badające rynek, dostępność środków, leków, ale również żywności czy sprzętu technicznego, opierając się na ryzyku wystąpienia danego zagrożenia. Zatem to jest system prowadzony profesjonalnie. Dotychczasowy Rządowy Program Rezerw Strategicznych był uchwalony w 2017 r. i wygasa pod koniec tego roku. Jesteśmy teraz na etapie przygotowania nowych założeń. Między innymi pracujemy bardzo ściśle z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Klimatu i Środowiska, Ministerstwem Rozwoju, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji. Analizujemy wszystkie uwagi, które spływają do nas, następnie ten dokument będzie przyjęty przez Radę Ministrów i będzie obowiązywał przez kolejne cztery lata.

Jeśli chodzi o kwestię gospodarki lekowej, również staramy się, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, który jest właścicielem tego obszaru, w ramach Rządowego Programu Rezerw Strategicznych reagować tak, żeby rezerwy odzwierciedlały ewentualne ryzyka w dostępności leków. Niestety, rynek jest o wiele bardziej skomplikowany niż wiele innych gałęzi przemysłu czy gospodarki. Kwestia, o której wspomniał minister Miłkowski – oczywiście polscy producenci nie pomagają nam, jeśli chodzi o ceny. To jest bardzo trudne zagadnienie, ale staramy się, aby aspekt bezpieczeństwa, dostępności, regionalizacji był jak najwyższy. W związku z tym, stawiamy zdecydowanie na polskich producentów. Niemniej jednak, trzeba powiedzieć wprost, że produkcja niektórych produktów nie opłaca się w Polsce, a jeśli będzie się opłacać, to tylko dlatego, że będzie kosztowała setki milinów złotych. Myślę, że koszty mogą być jeszcze wyższe. Nie jestem ekspertem, ale akurat mamy za sobą kilka intensywnych spotkań. Należy też pamiętać, że rozwój części leków jest tak intensywny, że substancje aktywne należałoby z roku na rok zupełnie wymieniać. Jeśli chodzi o część produkcyjną, to też jest problem operacyjny, organizacyjny. Oczywiście jesteśmy otwarci na dialog, zapraszamy państwa do przygotowania wskazówek dla nas, co powinniśmy zrobić inaczej, jeśli chodzi o Rządowy Program Rezerw Strategicznych. Jesteśmy cały czas w dialogu, który niestety nie gwarantuje nam realizacji wszystkich postulatów. Rozpoczęliśmy już rozmowy poprzez Ministerstwo Spraw Zagranicznych, również Departament Spraw Zagranicznych w Ministerstwie Zdrowia. Myślimy, aby stworzyć współpracę w obszarze substancji aktywnych czy środków, które mogłyby być w deficycie, we współpracy z innym krajami unijnymi czy z naszymi sąsiadami w formacie Trójmorza, V4 czy innym. Na razie temat został zaprezentowany, czekamy na odzew. Niestety, jest tak, że problemy stają się tematem nr 1 dopiero wtedy, gdy dochodzi do kryzysu. Przez pierwsze miesiące pandemii mieliśmy bardzo dobrą współpracę z wieloma krajami w obszarze wspólnych zakupów czy projektów, jednak teraz każdy zajął się swoimi problemami i to nie jest już temat nr 1. Niemniej jednak warto nad tym pracować.

Dodam jeszcze, że w związku z przygotowaniem Rządowego Programu Rezerw Strategicznych spotyka się roboczy zespół, w którym biorą udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rozwoju i Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. W ramach tego zespołu również dyskutujemy, jak warto wspierać lokalną, krajową produkcję substancji czynnych. Tutaj stawiamy priorytet, aby to były leki, które są w naszej ciągłej dyspozycji. Dodam tylko, że jeśli chodzi o najbardziej kluczowe leki,

które mogą mieć znaczenie przy rozległych kryzysach, staramy się mieć zasób zmagazynowany w naszych składnicach, hurtowniach farmaceutycznych. Staramy się obejmować to szczególną troską. Niemniej jednak należałoby pamiętać, że wszystkie postulaty i pomysły warto na koniec policzyć i ocenić, czy wszystko musimy mieć wyprodukowane czy być w gotowości, czy to jest optymalny model w obszarze rezerw niemedycznych? Wiemy, że często bardziej opłaca się płacić niektórym producentom nie za gotowy produkt, ale gotowość produkcyjną. Rodzi to również mniejsze ryzyka w związku z rotacją czy utylizacją przeterminowanych produktów. Krótko mówiąc, to powinno być przedmiotem analizy od strony budżetowej, a tego nie znalazłem w opracowaniu, a chętnie usłyszałbym, bo to też oznacza, na ile miliardów złotych powinniśmy się przygotować. To byłoby dla nas cenne, żeby wiedzieć, o jakiej skali rozmawiamy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, panie ministrze, dziękuję, panie prezesie. Oczywiście, w kontekście rezerw strategicznych, myślę, że postulat nr 58 o systemie kontraktora wieloletniego odzwierciedla to, co leżałoby po stronie Agencji Rezerw Strategicznych. Tutaj faktycznie nie ma wyliczeń. Myślę, że pokłosiem naszej dzisiejszej debaty powinno być, ile to mogłoby kosztować i na ile byłoby to formalnym zabezpieczeniem. Ostatni kryzys związany z epidemią jasno pokazał, jakie konsekwencje rodzi ze sobą przerwanie łańcucha dostaw, nie tylko ze względu na zamknięte granice, ale przez zamknięte fabryki. Na całe szczęście nie mieliśmy wielkiego kryzysu, ale po to jest podkomisja do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego, aby zapobiegać i przygotowywać organy państwa na ewentualne kryzysy, które mogłyby się powtórzyć.

O głos poprosił pan doktor Bartoszewicz. Za chwilę zapytam, czy są jeszcze chętni do zabrania głosu. Bardzo proszę.

Przedstawiciel IJ Artur Bartoszewicz:

Bardzo dziękuję za wszystkie głosy, a szczególnie pana ministra zdrowia. Bardzo dziękujemy za chęć pozytywnego spojrzenia na nasz raport. Mamy świadomość, że pan minister nie miał czasu zapoznać się z tym rozwiązaniem, ale jesteśmy przekonani, że przynajmniej część rozwiązań uda się skonsumować. Jako autorzy bardzo prosimy, aby potraktować to jako mechanizm wsparcia eksperckiego. To nie jest nic przeciwko, tylko za, dlatego że problem pandemiczny, zarządzania kryzysowego jest problemem społecznym, krajowym i narodowym. Jako państwowcy bardzo się z tym identyfikujemy.

Dziękuję bardzo panu prezesowi Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych szczególnie za to, co powiedział odnośnie do kwestii finansowej. Rozumiem, że te aspekty są bardzo istotne. Jako ekonomista jestem bardzo chętny, żeby liczyć takie rzeczy, ale jestem ekonomistą, który liczy koszty ekonomiczne, nie tylko finansowe, które możemy policzyć. Pan mówił o setkach milionów. Tak. Podam tylko kilka liczb, które warto zapamiętać. Jeżeli 75 tys. ludzi umarło ze względu na COVID-19, tylko w tym czasie straciliśmy ekonomicznie 150 mld zł. Jeżeli popatrzymy na koszty tarcz antykryzysowych i finansowych, które musieliśmy wyłożyć, to są kolejne setki miliardów. Przy tego typu analizach trzeba umieć ocenić koszty zaniechania, to znaczy, ile kosztuje to, że my zaniechamy interwencji. Rozumiem i mam świadomość tego, co pan minister zdrowia i pan prezes powiedzieli, że nie jesteśmy w stanie przygotowywać się na wszystko, nie jesteśmy w stanie przenieść całej produkcji do Rzeczpospolitej, nie jesteśmy w stanie przygotować się na każdy rodzaj produkcji. Wszystko rozumiem, ale w raporcie zależy nam, żeby zacząć priorytetyzować, to znaczy zastanowić się, które elementy systemu powinny bezwzględnie być wspomagane w kraju, jak robią to gospodarki niemiecka, francuska czy skandynawskie. Wydaje się mi, że trzeba zadać pytanie, na co nas nie stać, na co nie możemy sobie pozwolić.

Prezentując ten raport w kancelarii prezydenta w Belwederze w dniu 29 września pozwoliłem sobie powiedzieć w ten sposób: „podziękujmy Bogu, że mamy tylko tę pandemię", co oznacza, że spotkaliśmy się z wirusem o takim stopniu śmiertelności, który oczywiście przeraża i jest ogromnym skutkiem społecznym, ale dał szansę przetestować niegotowość państwa i systemów. Cieszę się, że jest robionych wiele rzeczy i nie jest tak, że tego nie zauważamy. Uważamy, że szereg rozwiązań jest realizowanych bardzo

skutecznie i to trzeba podkreślać, natomiast to, czego zabrakło od początku i na co zwracamy uwagę w raporcie, jest to, że w takich sytuacjach potrzebujemy pracy na podstawie wiedzy i faktów. Jako państwo bardzo szybko odcięliśmy się od tej wiedzy i zaczęliśmy istotnie manipulować informacją i danymi, co cały czas działa na naszą niekorzyść. Uważam, że jeśli włączymy ekspertów z różnych dziedzin, co podkreślamy w raporcie, że interdyscyplinarność jest potrzebna, jeżeli są prowadzone działania, o których panowie powiedzieli, i są prace zespołów, prosimy, żeby to nie opierało się wyłącznie na przedstawicielach ministra zdrowia, ministra rozwoju czy innych ministerstw, ale żebyście państwo jak najszerzej korzystali z ekspertyz think-tanków, które są na rynku. Chodzi o to, żebyśmy wytwarzali rozwiązania niestandardowe. Pandemia wyraźnie pokazała światu, że standardowa mechanika, powielanie rozwiązań, które już znamy, jest nieskuteczna. Musimy przygotować się na rozwiązania, które będą nas zaskakiwały.

Kończąc, powiem jedną rzecz. Przygotowując się do tego raportu znaleźliśmy raport Rządowego Centrum Bezpieczeństwa, w którym przedstawiono największe zagrożenia, analizę ryzyk wobec Polski. Pandemia w roku 2019 była zidentyfikowana na jednym z pierwszych miejsc. Zaskakujące było to, że na podstawie tego raportu nie podjęto konkretnych działań, czyli nie powiedziano: „skoro jest tak wielkie zagrożenie, musimy szybko zidentyfikować warunki brzegowe bezpieczeństwa i powiedzieć, co musi się stać, żebyśmy byli na to gotowi". Nie mówię tego, aby kogokolwiek krytykować, mówię tylko to, co jest dla nas najważniejsze w raporcie i co staramy się podkreślać z panią doktor i panem generałem. Chcemy potraktować to zdarzenie jako logikę *learn a lesson*, czyli chodzi o to, żebyśmy się nauczyli, szanowali wzajemnie i zastanowili się, co tak naprawdę moglibyśmy poprawić, żebyśmy wspólnie zastanowili się nad rozwiązaniami, które spowodują, że społeczeństwo, gospodarka, naród będą bezpieczniejsi. Należy szykować rozwiązania nie dla nas tylko dla następnych pokoleń. Możemy założyć z dużym prawdopodobieństwem, że wiek XXI będzie okresem niejednej pandemii. Możemy założyć, że będą zjawiska związane ze zmianą klimatu, które zweryfikują niejeden system bezpieczeństwa w Polsce, do którego nie jesteśmy przygotowani.

Przygotowując się do tego raportu zwróciliśmy uwagę i chcę namówić pana przewodniczącego, żeby państwo, jako Komisja, zajęli się analizą mechanizmów zarządzania strategicznego w Australii i Nowej Zelandii. To są ogromne płaszczyzny doświadczeń. Oni mają permanentne zagrożenie różnych zdarzeń kryzysowych. To, co tam jest podkreślane w raportach, to jest siła społecznych relacji. Bazą odpowiedzi na zagrożenia kryzysowe jest jakość społeczeństwa i umiejętności współpracy. To, co podkreślamy w raporcie, co zostało potraktowane jako największy błąd, jest to, że przez pierwsze trzy miesiące pandemii społeczeństwo bardzo intensywnie pokazało, że potrafi się organizować, a potem nastąpił przekaz, że państwo zrobi to za nich i wyłączyło naturalną chęć działania. Powinniśmy pójść scenariuszem, który jest przygotowany w Polsce i skutecznie realizowany, kiedy są powodzie. Państwo zajęło się dostarczaniem sprzętu i pełnych magazynów, a społeczeństwo jest w stanie być uruchomione do reakcji. Państwo wie, jak zarządzać inicjatywą społeczną, ekspercką. Musimy nauczyć się tego, bo w przeciwnym wypadku wyłączamy aktywność i de facto ponosimy ogromne koszty związane z walką z tymi zagrożeniami. Jak powiedziałem, wiek XXI, przed nami jest wiele zagrożeń. Nie mówimy o pandemii COVID-19. Myślę, że teraz należy się zastanowić nad mapą ryzyk i nad zjawiskami, które mogą nas dotknąć i zastanowić się, w którym miejscu państwo nie jest gotowe. Powinien być wykonany test, podobnie jak robiliśmy dla sektora bankowego podczas kryzysów. Dla wszystkich instytucji powinien być wykonany test, na ile instytucje są gotowe, na ile są w stanie wytrzymać napięcie wewnętrzne.

Ostatnie zdanie. Fundamentem każdej reakcji jest człowiek, więc należy inwestować w ludzi, którzy mają wiedzę, nabywają kompetencje, aby to nie rozjechało się nam, jako baza wiedzy, którą zbudowaliśmy po pandemii. Ludzie, jak pan profesor Grzegorz Gierlak, są dla mnie największą wartością. Dobrze, że mamy takie osoby, które zebrały wiedzę realnego doświadczenia. Takich ludzi musimy zidentyfikować w całej Polsce, musimy znać ich kompetencje, wiedzieć, w jaki sposób szybko ich włączać do nadzwyczajnych sytuacji. W przeciwnym wypadku mamy ogromny koszt społeczny i gospodarczy, łapanki i szukania rozwiązań *ad hoc*, które bardzo często są nieadekwatne. Nad tym kosztem

również powinniśmy się zastanowić i nie bać się wydać dużych pieniędzy, gdyż nie stać nas na niewydawanie pieniędzy w kontekście przyszłych zagrożeń. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Marcelina Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, mam wrażenie, że jeśli chodzi o dyskusję dotyczącą bezpieczeństwa lekowego, to jest trochę rytualny taniec. Wygląda on mniej więcej tak: co kwartał pan premier lub minister zdrowia ogłasza, że bezpieczeństwo lekowe kraju musi być priorytetem, że rozwój przemysłu farmaceutycznego i produkcji substancji czynnych to wielka szansa budowy nowoczesne gospodarki. Media to podchwytują, ukazuje się kilka entuzjastycznych artykułów. Jeśli jest dobrze, ministerstwo wydaje jakieś założenia, jak miałoby to wyglądać i potem następuje cisza na kolejne kilka miesięcy. Na posiedzeniach sejmowych na moje pytania, gdzie są prace nad rozwiązaniami mającymi na celu wsparcie produkcji leków i substancji czynnych w kraju, dostaje odpowiedzi: „już zaraz, za następnym zakrętem". Następnie sytuacja powtarza się. Ogłoszenie intencji, szum medialny i cisza, ogłoszenie intencji, szum medialny i cisza – kręcimy się w kółko.

Wydaje się mi, że tutaj warto przypomnieć dyskusję, którą mieliśmy z panem premierem na początku roku. Chodzi o zwiększanie mocy produkcyjnych dla niezbędnych leków i szczepionek. Wtedy stanęło na tym, że jeśli znalazłyby się pieniądze, rzecz wymaga czasu. To jest słowo klucz: „czas". Używa się go wyłącznie jako wymówki, a potem trochę marnuje. W przypadku Krajowego Planu Odbudowy są zapisane pieniądze na rozwój produkcji API i leków. Nie możemy zacząć ich wydawać, bo pan premier ma teraz inne priorytety, głównie prowadzenie wojenek z Komisją Europejską i niedoprowadzanie do przyjęcia Krajowego Planu Odbudowy. Instrumenty do wspierania bezpieczeństwa lekowego – to samo. Ministerstwo ma mnóstwo czasu. Różne koncepcje są wdrażane bez skutku od 2016 r. Na ten moment, sprawdziłam to z zaprzyjaźnionymi aptekarzami, zresztą to było omawiane na początku naszego spotkania, brakuje w Polsce heparyn, antybiotyków i innych leków pediatrycznych, preparatów żelaza, szczepionek przeciw grypie i tak jest w kółko z kolejnymi grupami leków. W odpowiedzi na kryzys z bezpieczeństwem lekowym widzimy, że Unia Europejska ma już strategię farmaceutyczną, Indie wdrażają inwestycje w produkcję API i rozwój parków przemysłowych służących do tego celu, Stany Zjednoczone, zarówno za Trumpa, jak i Bidena, prowadzą protekcjonistyczną politykę nakierowaną na wzmocnienie i suwerenność lekową. A my? Wydaje się, że mamy wszystkie elementy, żeby budować politykę publiczną bezpieczeństwa lekowego kraju, ale trochę marnujemy czas. Dlatego patrząc na to wszystko, zaczynam się bać, że skończy się kadencja tego parlamentu, a pan premier i rząd nadal będą odprawiać rytualny taniec, a bezpieczeństwa lekowego, jak nie było, tak nie będzie. Będą ciągłe braki leków.

Panie ministrze, sądzę, że wam naprawdę zależy. Nam również zależy, tylko teraz jest czas na działania. Jak zawsze w tej dyskusji proszę o konkrety – kiedy możemy spodziewać się rezultatów? Kiedy zostaną wprowadzone rozwiązania bezpieczeństwa lekowego Polski? Kiedy będziemy inwestowali w rozbudowę infrastruktury do produkcji leków? Kiedy wdrożymy dopłaty do produkcji API? Cieszę się, bo eksperci podkreślali, że to jest coś, co powinno być poza sporem politycznym. Mam wrażenie, że jest. My naprawdę zgadzamy się, że bezpieczeństwo lekowe Polski powinno być traktowane na równi z bezpieczeństwem militarnym. Bezpieczeństwo lekowe to jest coś, do czego powinniśmy dążyć i mam wrażenie, że wsparcie jest z każdej strony. Naprawdę potrzebujemy działań i konkretnych rozwiązań, które ministerstwo będzie wdrażać. My naprawdę będziemy podnosili ręce, głosować, nie będziemy stosować obstrukcji w procedowaniu ustaw, które będą potrzebne, bo wiemy, jak to jest ważne. Kibicujemy ministerstwu, jesteśmy do dyspozycji. Mam nadzieję, że uzyskam odpowiedzi na moje pytania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, pani poseł. Oczywiście każdy z nas albo zażywa leki na stałe albo zna kogoś kto to robi i wie, z czym wiążą się zagrożenia.

Bardzo proszę panią. Proszę o przedstawienie się.

Dyrektor Narodowego Instytutu Leków Anna Kowalczuk:

Dyrektor Narodowego Instytutu Leków. Proszę państwa, chciałabym z naszej perspektywy po kolei odnieść się do poszczególnych wypowiedzi. Rzeczywiście, prawda jest po stronie ministra Miłkowskiego, że żadne państwo nie jest samowystarczalne, jeśli chodzi o zapewnienie leków we własnym zakresie. Natomiast, co już wybrzmiało, pierwszy krok musi zostać poczyniony w tym kierunku, zarówno ze względu na nasz interes krajowy, jak i stworzenie oferty idącej w kierunku UE albo mniejszych grup krajów europejskich. Nad tymi strategiami zaczęto pracować w innych krajach ponad rok temu. Miałam przyjemność uczestniczyć w zespole, który wypracowywał, w ramach Europejskiej Agencji Leków, jak powinna być definiowana lista kluczowych substancji czynnych. Nawet dla mnie tempo pracy było zaskakujące. Zdecydowanie parli do tego, żeby jak najszybciej wypracowywać takie mechanizmy, bo zapewne chcieli zgłaszać swoje propozycje w ramach funduszu. Czy powinno to być robione? Powinno. Mam dane dotyczące innego rodzaju pandemii, natomiast w Narodowym Instytucie Leków zbieramy dane dotyczące zakażeń opornymi szczepami bakteryjnymi. W ostatnim czasie ogromne wrażenie zrobiły na mnie dane z EUCAST, które mówiły, że liczba zakażeń w ciągu roku to są tysiące lat utraconych dla gospodarki, czyli z punku widzenia finansów w ciągu jednego roku z powodu bakteriooporności – niedyspozycji do pracy, zwolnień lekarskich, przede wszystkim trwałego uszczerbku dla zdrowia – na kilkaset tysięcy lat zostaje obciążony system finansowy. Z kolei, jeśli chodzi o wzmacnianie naszych krajowych producentów, z tego, co zdążyliśmy się zorientować w ciągu roku, rozmawiając z różnymi firmami i organizacjami, nie chodzi jedynie o to, aby państwo kupowało leki. Rozumiem, że w ślad za zakupem mają zostać poszyte odpowiednie umowy na rzecz współpracy i wsparcia nie tylko na rzecz zakupu dla nas, ale i eksportu do innych krajów. Chodzi o to, aby przeskalować produkcję. Czy mechanizmy pożyczkowe, które są zapisane w KPO, są wystarczające? Z tego, co wiem, państwo nie są za bardzo skłonni z tego skorzystać. Może warto pomyśleć o innych formach znalezienia funduszy? Może NCBR, może inne projekty naukowe, w ramach których położymy szczególny nacisk na wdrożenia być może kosztem nauk podstawowych?

Działania na rzecz bezpieczeństwa lekowego powinny być prowadzone dwutorowo, zarówno działania strategiczne, gdzie powinno się zauważyć różne prędkości, bo kryzys może trwać trzy miesiące, może być intensywny, może oznaczać brak dostępu do kluczowego leku, np. stosowanego w operacjach, może być to kryzys półroczny, a może i dłuższy. Niemniej ważne są działania *ad hoc*. Natomiast, jeśli chodzi o to, co jest robione, jako organizacja podległa Ministerstwu Zdrowia wiemy, że główny inspektor farmaceutyczny bardzo wzmocnił swoje działania na rzecz dostępu do leków w ramach zarówno zapobiegania odwróconego łańcucha dystrybucji leków, jak i dostępności. Natomiast problem relokacji łańcucha dostaw cały czas jest otwarty. Jestem członkiem zespołu przy Ministerstwie Rozwoju i Technologii, który spotkał się dwa razy w ramach tworzenia tej listy i rozwiązań. W tej chwili jest zlecona analiza, potrzeba kilku kolejnych miesięcy, aby wnioski z tej analizy przedstawić zespołowi i dalej planować prace. Natomiast bezpieczeństwo lekowe z naszej perspektywy trzeba widzieć szerzej. Z jednej strony jest suwerenność lekowa, czyli dostępność do API, ale poprzednio mieliśmy inne kryzysy i były już żółte kartki. Był walsartan, była metformina, czyli mamy w tyle głowy zanieczyszczenia, które zdarzają się na terenie Chin w ramach syntezy API, jak i wytwarzania produktów leczniczych. Ministerstwo bardzo szybko zadziałało. Wtedy to się powiodło. Był krótki szum medialny, natomiast wszyscy spadli na cztery łapy, jeśli chodzi o te leki, ale nie jest powiedziane, że to nie wróci.

Na koniec, jak powiedziałam wcześniej, musimy być niezależni, jeśli chodzi o antybiotyki. Pandemia COVID-19 to jedno, natomiast superbakterie, popularnie nazywane, czyli szerzący się problem oporności, spowoduje, że za chwilę będziemy musieli położyć nacisk

na dostępność do antybiotyków o szerokim spektrum działania, chociażby karbapenemów. Musimy budować strategię, bo to nie jest rozwiązanie *ad hoc*, ale to jest strategia.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, pani doktor. Pan poseł Baszko.

Poseł Mieczysław Baszko (PiS):

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, zaproszeni goście, panie ministrze, niewątpliwie raport nic nowego nie odkrył, to się ciągnie od lat. Dokument pokazuje, że trzeba nareszcie coś realizować. Powinna być książka procedur. Każdemu z nas bardzo zależy, pan doktor Bartoszewicz jest członkiem Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Byłoby dobrze zainteresować się, ile środków finansowych poszło na badania lekowe prowadzone od lat przez NCBR i gdzie zostały one wprowadzone? Gdzie wypłynęły i gdzie są? Od razu mówię, że to jest niebezpieczny temat, panie doktorze. O tym ktoś z nas musi mówić, szczególnie w czasach kryzysu. Państwo musi sterować zarządzaniem, ale musi mieć narzędzia. Jednak wolny rynek też jest bardzo niebezpieczny, jeżeli chodzi o leki czy o bazę szpitalną. Przypominam, upaństwowienie szpitali samorządowych, to w kryzysie trzeba być przygotowanym. Chcemy, żeby był wolny rynek, pluralizm, ale w czasach kryzysów niebezpiecznych dla państwa, chcemy czy nie, musimy wracać do gospodarki socjalistycznej. Jesteśmy zmuszeni poprzez to. To jest niepopularne, ale…

Przedstawiciel IJ Artur Bartoszewicz:

Do planowania, programowania, ale nie do gospodarki socjalistycznej.

Poseł Mieczysław Baszko (PiS):

Przepraszam, tak jest. Ze swojej strony uważam, że byłoby dobrze, gdyby nasze firmy produkujące na rynku krajowym miały stuprocentowy kapitał polski, a przynajmniej powyżej 51% udziału. Wiem, jakie były wcześniej sygnały, przestrzegali specjaliści, którym zależy na dobrym zarządzaniu i sprawnym państwie, że wszystkiego nie można sprzedawać. Ci, co mają polski kapitał są bardzo osaczeni i z nimi są prowadzone innowacyjne badania. Oni chętnie wzięliby innowację lekową i nie tylko lekową, np. protezy różnego rodzaju. Na rynku jest tak, że każdy sąsiad wie, ale nie chce mówić – obok mieszka dobry człowiek, chociaż wiadomo, że jest rozrabiaka gospodarczy, bo to jest wielki biznes. To jest naprawdę bardzo trudny, złożony temat, ale trzeba o tym mówić. Innowacja niech pozostanie w naszych firmach. Za państwowe pieniądze w NCBR położono setki miliony złotych i co stało się z wynalazkami, jeżeli chodzi o sprawy lekowe? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję. Nie mogę zgodzić się z jedną tezą, że samorządowe szpitale, które zasadniczo są zarządzane przez instytucje samorządowe, będą sterowane centralnie.

Pan prezes Kopeć, bardzo proszę.

Prezes PZPPF Krzysztof Kopeć:

Dziękuję bardzo. Chcę wrócić do tematu posiedzenia podkomisji, którym jest bezpieczeństwo lekowe i sytuacja kryzysowa i spojrzeć w przyszłość. W nawiązaniu do słów pana ministra, powiem, że my jako krajowy przemysł nie oczekujemy podwyżek cen leków. Mówimy tylko, żeby ich nie rodować do poziomu krajów, do których nie dojdziemy, czyli chińskiego poziomu. Czasami Komisja Ekonomiczna tego od nas oczekuje. Naszym zdaniem to jest niemożliwe. Pan doktor mówił o kosztach ekonomicznych *versus* koszty finansowe i to trochę odnosi się do Komisji Ekonomicznej, bo ona w nazwie ma „ekonomiczna", a skupia się na cenach i finansach, zatem nie patrzy na ekonomiczne podejście i negocjacje cen leków – bo nie chodzi tylko o obniżanie ich cen – ale jak to wpłynie na nasze bezpieczeństwo i wycenę tego bezpieczeństwa. Cieszymy się, że każdy z ministrów w którymś momencie po trudnych negocjacjach z komisją bierze pod uwagę, i wierzymy, że w tym roku pan minister też weźmie pod uwagę, jak te firmy pomogły i poradziły sobie w kryzysie pandemicznym i czy one funkcjonują w Polsce, czy nie? Pan minister, negocjując z firmami, bierze to pod uwagę, my się cieszymy. Dlatego mówimy, żeby wprowadzić taki instrument, gdyż życie zna różne scenariusze. Przykładowo, minister złamie nogę i okaże się, że nagle przychodzi ktoś inny, kto nie zrozumiał specyfiki,

nie pracował 3 lata na tym trudnym odcinku. Ten ktoś spojrzy tylko w przepisy, zadziała zachowawczo i okaże się, że zaakceptował wszystko co zrobiła komisja, oczekując cen azjatyckich. Nagle możemy nie mieć 2 tys. leków na listach refundowanych, w dodatku produkowanych w Polsce. Gotowa tragedia. Stąd apelujemy o systemowe podejście, zrobienie kroku wstecz i tego, co pan generał Gierlak, czyli spojrzenie z lotu ptaka na system i powiedzenie, co widać z góry.

Z góry widać, że są pomysły i teraz powinniśmy przejść do tego, o czym mówimy. Cieszę się, gdy rozmawiamy ze wszystkimi opcjami politycznymi, przedstawicielami i ekspertami. Wszyscy zgadzamy się z panem ministrem, że trzeba czegoś dokonać. W najnowszej ustawie refundacyjnej jest element – bezpieczeństwo lekowe krajowe. Chcemy, żeby było uzupełnienie o tego partnera. Słyszymy, że jest wola współpracy. Mam nadzieję, że kolejne słowo, które się pojawiło, tj. „czas", oznacza czas, żeby zacząć działać. Mówiąc, że zaczniemy jutro czy pojutrze, tracimy każdy dzień. Mówimy, że zaczniemy za tydzień, miesiąc, dwa czy pół roku, jak w przypadku analizy substancji ważnych do wytwarzania. Pół roku to jest dużo czasu. W tym czasie goni nas Azja, gonią nas kraje europejskie i musimy jasno sobie powiedzieć, że trzeba coś robić, nie możemy przejść nad tym do porządku dziennego. To, co dzieje się dziś, wpływa na to, co będzie jutro. Dzisiaj negocjujemy ceny leków. Nie spłaszczamy dyskusji do negocjacji. Chodzi o wzięcie pod uwagę tego, co stało się podczas pandemii czy firmy produkują, czy wytwarzają w Polsce albo mają twarde zaangażowanie w Polsce, aby zachować ich zdolność do rozwoju, żebyśmy mieli o czym mówić w przyszłości. Wierzymy, że tak się stanie i rozmowa z panem ministrem jest konstruktywna. Cieszę się, że dochodzimy do wspólnych wniosków. Trochę uczymy się z tego raportu, bo on zebrał wszystkie informacje i spojrzał profesjonalnie z lotu ptaka. Apeluję, abyśmy spokojnie spojrzeli na to i zdecydowali się wdrożyć instrument, bo on jest nam potrzebny, żebyśmy nie wypadli ze stołu negocjacji o pieniądze europejskie do przywracania produkcji leków w Polsce.

Z kolei, jeśli chodzi o inwestycje w Polsce, o czym mówił pan poseł, moim zdaniem bezpieczniej jest przeznaczyć te środki na produkcję w Polsce, bo z niej szybciej dostaniemy zwrot. Jeśli pan minister spojrzy w przyszłość i pomyśli o jakiejś grupie, którą można zgeneralizować i zrobi to przedsiębiorca produkujący w Polsce, to zysk będzie miał Narodowy Fundusz Zdrowia, pan minister, bo będzie mógł alokować środki gdzieś indziej, a my będziemy jednymi z pierwszych, którzy wprowadzą *generic* i będziemy mogli go eksportować za granicę. Zatem wzrośnie nam eksport, wpłyniemy na gospodarkę i to jest patrzenie ekonomiczne, nie finansowe ani nie cenowe. Patrzenie cenowe nie ma najmniejszego sensu, co wszyscy wiemy po pandemii. Patrząc cenowo wszyscy ograniczyliśmy się w pewnych dobrach i nie potrafimy wytwarzać ich w Europie. Kompetencje będą wracały, jeżeli właściwie zainwestujemy te środki. Liczę, że to się stanie. To jest moment, gdy wszyscy zgadzamy się co do tego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję. Czy koś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Pan doktor.

Przedstawiciel IJ Artur Bartoszewicz:

Dziękuję. Mam nadzieję, że nie nadużywam, ale pan poseł wywołał Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Oczywiście mam przyjemność być w radzie od pół roku i bardzo się cieszę, że pan minister Murdzek zauważył kompetencje i wprowadził mnie do tej rady. Uważam, że Narodowe Centrum Badań i Rozwoju jest ogromną okazją dla państwa, żeby zrealizować szereg działań, które planujecie. Jest mechanizm, który nazywa się GOSPOSTRATEG. Jest możliwość, tutaj kierują prośbę do pana ministra zdrowia – może warto spotkać się z panem ministrem Murdzkiem i zastanowić się, czy nie warto zrobić projektu zamawianego dla ministra zdrowia, gdzie mógłby określić swoje potrzeby eksperckie, które są kosztowne. Mamy tego świadomość i można zamówić taki mechanizm przez NCBR. Wówczas taki projekt za kilka milionów mógłby się pojawić dla pana ministra i w jego ramach powstałyby rozwiązania, które na bazie tej ekspertyzy mogłyby wzmocnić politykę horyzontalną, czyli zdrowie, ale w ramach niej polityka sektorowa, czyli kwestia lekowa. Mam świadomość czasu, ale wyzwania są tak skomplikowane i tak trudne z tego wszystkiego, o czym państwo mówią, że wydaje się mi, że gdybyśmy powie-

dzieli sobie, że przez najbliższe trzy lata wypracujemy bardzo szczegółowe mechanizmy, rozwiązania, niezbędne modele i pan minister zdrowia zafirmowałby, to w NCBR będą bardzo przychylni, żeby takie rozwiązanie zostało zaakceptowane i uruchomione.

Taki mechanizm można również wzmocnić i zrobić przez najbliższe trzy miesiące zleceniem bezpośrednim ministra nauki do NCBR, gdzie mógłby powstać zespół szybkiego reagowania na wypracowanie rozwiązań, o których państwo mówią, a wynikiem jego prac byłyby założenia do GOSPOSTRATEG zamawianego, którym koordynowałby minister zdrowia. Chcę to podkreślić, GOSPOSTRATEG jest tak robiony, że dany minister koordynuje i wybiera konkretnych wykonawców, którzy mają dostarczyć określoną wiedzę i może wysterować to maksymalnie. Jeżeli pan, panie ministrze, przyjąłby tę propozycję, wydaje się, że to byłoby bardzo sensowne. Wiadomo, zawsze jest problem pieniędzy, czy są zasoby, żeby wytworzyć poziom ekspertyzy wystarczający do podejmowania decyzji. Wydaje się, że NCBR byłby dla pana ministra bardzo wskazany. Pan minister Murdzek jest bardzo otwarty na wszelkiego rodzaju inicjatywy. Wszyscy tutaj obecni wspieramy strategiczną inicjatywę i to będzie bardzo pożądane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Panie generale, bardzo proszę.

Dyrektor WIM Grzegorz Gierlak:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Drodzy państwo, krótko na zakończenie. Bardzo zachęcam do zapoznania się z tym raportem. Jesteśmy prawie w oku cyklonu czwartej fali i patrzę na to empatycznie przez pryzmat zdrowia i życia każdego człowieka, zwłaszcza osób dotkniętych zakażeniem koronawirusa. Powtarzam, stać nas na to, dysponujemy wszystkimi zasobami i zdolnościami. Stać nas na pokonanie epidemii i na to, żebyśmy byli w szpicy państw, które radzą sobie najlepiej z epidemią. Ważne jest to, abyśmy w końcu zaczęli myśleć relacją przyczyna-skutek. Przyczynę już mamy, znamy skutki. Pozostaje nam teraz wdrożyć dobre rozwiązania na podstawie raportu, o co też apeluję. Zachęcam do zapoznania się z nim. Jeszcze raz podkreślam, nasze państwo dysponuje wszystkimi zasobami. Tutaj nie trzeba rozmawiać o wielkich sumach finansowych. Mogę podawać dziesiątki przykładów sytuacji, w których są zasoby, pozostaje jedynie właściwie ze sobą skomponować, ująć i wyciągnąć efekt synergii, którego dzisiaj potrzebujemy w walce z epidemią. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Też chcę krótko podsumować. Oczywiście, panie generale, zapoznam się szczegółowo i zdam raport, że się zapoznałem.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Do wiadomości Komisji, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jeśli chodzi o wykorzystanie NCBR, z konsultantem krajowym z Wojskowego Instytutu Medycznego realizujemy projekt, wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia – pilotaż opieki okulistycznej w Polsce. Często jest tak, że mamy niewiele dziedzin, które są najlepsze w Europie i chcielibyśmy to zrealizować, ale nie jest łatwo z NCBR, żeby wygrać konkurs. Mam nadzieję, że tym razem się uda. Widzę współpracę z NCBR, ale w wielu zakresach potrzebujemy podejścia całkowicie z zewnątrz. Chcemy, żeby instytucja ta dostarczała danych, pokazywała różne rzeczy, zwracała uwagę na jakiś problem, ale żeby innowacyjność była w zespołach zewnętrznych. Współpraca z uczelniami. Chciałbym, żebyśmy prace, które później będziemy wdrażali, mogli realizować również z SGH. Jak powiedział pan generał, to są często sprawy podstawowe, systemowo wdrażane w wielu zakresach, ale czasami trzeba dokonać priorytetyzacji, które są teraz do zrobienia. Wiemy, że mamy 2–3 lata pracy i teraz trzeba przygotować jak najwięcej. Wszyscy idziemy cały czas w tym samym kierunku, ale ważne, żebyśmy wykorzystali ten czas. Jak powiedziała pani poseł, najważniejszy jest czas.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję, panie ministrze. Zgodnie z kolejnością zgłoszeń, pan prezes Kopeć, potem pani dyrektor Kowalczuk.

Prezes PZPPF Krzysztof Kopeć:

Dziękuję. Jeszcze raz chcę podkreślić, że czas jest ważny i chciałbym, żebyśmy zaczęli od rozwiązań, które moim zdaniem są najprostsze, chociaż już trochę pochylamy się wspólnie z ministerstwem i ekspertami, czyli od partnera bezpieczeństwa lekowego, który byłby narzędziem stymulującym do zwiększania produkcji w Polsce. Leki, które są produkowane w Polsce, u krajowych wytwórców, maleją w stosunku do tego, co jest na rynku, a chcielibyśmy odwrócić tendencję. Zatem instrumenty, które stymulują do zwiększania produkcji w Polsce, moim zdaniem będą najmniej kosztowe, jeśli chodzi o wydawanie publicznych pieniędzy, bo instrument, który przywołujemy, nie powoduje dodatkowych wydatków NFZ.

Z kolei sformułowanie – co najmniej 25% produkcji tego, co refundujemy w Polsce – powoduje, że rzeczywiście wpłynie to na polski rynek. Mam nadzieję, ciesząc się, że wszyscy się zgadzamy co do tego, że trzeba to fizycznie zrobić. Zaczniemy od tego, co można w tej chwili i nie będziemy czekali. Ten instrument mógłby być już teraz: wyjęty z innych, włożony do tego, co mamy w obecnej sytuacji, aby pan minister miał komfort patrzenia nie tylko na swoje uznanie i doświadczenie, ale spojrzenia w instrument i powiedzenia: „ty jesteś partnerem, ty jesteś partnerem, jeśli ty chcesz być, to zainwestuj i też zostaniesz partnerem”. Bardzo proszę, abyśmy jak najszybciej to zrobili fizycznie, aby rzeczywiście wszyscy zauważyli naszą dzisiejszą zgodę i wreszcie przejdziemy od słów do czynów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dziękuję. Poproszę o zabranie głosu panią doktor Annę Kowalczuk.

Dyrektor NIL Anna Kowalczuk:

Dziękuję. Na koniec mam dwa optymistyczne akcenty. Jeden do pana ministra Miłkowskiego. Byłam u ministra Murdzka, który zachęcił, żeby przedłożyć dokument dotyczący powołania krajowego centrum do spraw zapewnienia bezpieczeństwa lekowego. Taki *one pager* został wysłany do ministerstwa, natomiast jest pełna zgoda ze strony pana ministra, aby wykorzystać do tego środki NCBR.

W moim pierwszym wystąpieniu zapomniałam powiedzieć o dobrej wiadomości dla pana prezesa Agencji Rezerw Materiałowych, jeśli chodzi o leki przeterminowane. Mamy wieloletnią współpracę z agencją. Jeśli leki, będące w ramach zasobów agencji, zbliżają się do terminu ważności, zawsze chętnie weryfikujemy ich jakość i termin jest przedłużany. Zatem jest szansa, żeby walczyć z przeterminowaniem się leków.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

To są naprawdę dwie optymistyczne informacje. Proszę, pani doktor Obłąkowska.

Przedstawicielka IJ Katarzyna Obłąkowska:

Chcę powiedzieć o jeszcze dwóch kwestiach dotyczących NCBR i pana ministra zdrowia. Jeśli chodzi o NCBR, myślę, że psychiatria dziecięca byłaby świetnym projektem dla państwa, bo to wyzwanie jest gigantyczne na przyszłe lata, w perspektywie pandemii i tego, co stało się z najmłodszym pokoleniem Polaków.

Druga sprawa. Państwo już o tym mówili, chcę dołączyć się do tych słów – kwestia czasu. Rzeczywiście, musimy zacząć działać jak najszybciej. Wskazujemy to w raporcie i o tym też rozmawialiśmy. Potrzebne są odważne decyzje. Nawet, jeśli myślimy o trudnych tematach, to są inwestycje na 5–10 lat, ale one mogą się udać. Tak naprawdę to jest kwestia podjęcia działań, które trzeba przemyśleć i trzeba być gotowym na odważne decyzje, myśląc o przyszłości narodu. Zatem psychiatria dziecięca i odwaga, abyśmy działali jak najszybciej. To chyba jest zadanie dla pana przewodniczącego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Odnośnie do psychiatrii dziecięcej? To Komisja Zdrowia. Zachęcam do uczestniczenia w posiedzeniu Komisji Zdrowia już za 5 minut w sprawie informacji ministra Niedzielskiego na temat przygotowania i sytuacji w ochronie zdrowia w kontekście czwartej fali.

Szanowni państwo, jestem przekonany, że to nie jest ostatnie spotkanie w tej materii. Mam nadzieję, że na następnym spotkaniu wszyscy będziemy sobie gratulowali, jak podnosiła poseł Zawisza. To faktycznie jest ponad politycznymi podziałami. Myślę, że kwestia bezpieczeństwa lekowego jest wyłączona z dyskursu politycznego, publicznego i wszyscy doskonale zdajemy sobie sprawę, jak ważny to jest temat. Mam nadzieję, że kolejne spotkanie poszerzymy o Komisję Zdrowia i być może zaprosimy ministra rozwoju. Chciałbym, abyśmy chwalili się, co udało się nam dokonać, jako państwu polskiemu. Wierzę we wspólne działanie wyspecjalizowanych jednostek państwa, jak Agencja Rezerw Strategicznych, która mogłaby wynagradzać za gotowość do przygotowania konkretnych leków, wykorzystać mechanizmy, które zostały zaproponowane przez państwa z Instytutu Jagiellońskiego. Przy okazji dziękuję państwu, chylę czoła, naprawdę świetna praca, zapoznałem się z nią szczegółowo. Ci, którzy nie mieli okazji czy nie zdążyli, zachęcam do tego, żeby odnaleźć ten dokument i zapoznać się z nim. On jest dostępny na stronach internetowych Instytutu Jagiellońskiego. Do pana ministra zwracam się z ogromną prośbą, którą wtrąciłem w pana wypowiedzi. Jeśli będzie pan raportował panu generałowi, proszę również zaraportować podkomisji, chętnie zapoznamy się z tym.

Kończąc, jeszcze powtórzę – jestem zainteresowany. Niestety korzystam z leków i myślę, że każdy z nas zna takie osoby. Jest obawa przed kryzysem, a wiemy, że epidemia COVID-19 może się powtarzać, niekoniecznie to będzie ten sam wirus. Na początku, jako społeczeństwo, potrafiliśmy dobrze się zjednoczyć. Myślę, że w kontekście Australii, Nowej Zelandii jest jeszcze jedna sprawa – kwestia zaufania względem siebie, społeczeństwa, która dzisiaj drastycznie osłabła, co odzwierciedla się w liczbie zaszczepionych Polaków. Tym akcentem, również kończąc, zachęcam do szczepień.

Szanowni państwo, zamykam posiedzenie podkomisji.